ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 41 (58). Rocznik II. Kraków, 12. 10. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ:

Placówki pomocnicze administracji spraw zdrowotnych

Napisał Fritz Müller, Kierownik referatu administracji Wydziału Spraw Zdrowotnych w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa.

Rozporządzeniem o utworzeniu placówek pomocniczych administracji spraw zdrowotnych z dnia 6 września 1941 Generalny Gubernator postanowił, że dla ogólnego popierania administracji spraw zdrowotnych, dla niesienia pierwszej pomocy w razie niebezpieczeństwa dla mienia i życia, w szczególności w razie wypadków i katastrof żywiołowych, należy utworzyć we wszystkich gminach, a więc we wszystkich miastach, gminach wiejskich, a, o ile to jest wymagane, również i w gromadach, placówki pomocnicze administracji spraw zdrowotnych.

Placówki pomocnicze będą się składać z ochotniczych pomocników, którzy zgłaszają się do dyspocji dla ogólnego pożytku, a swe czynności wykonują honorowo. Podobne urządzenia już istniejące, jak placówki ratownicze, stacje sanitarne itp., będą przekazane placówkom pomocniczym administracji spraw zdrowotnych.

Pomocnikiem ochotniczym może być tylko ten, kto z dobrym wynikiem uczestniczył w kursach urządzonych przez administrację spraw zdrowotnych i posiada wystawione o tym świadectwo. Osoby, należące do zawodów leczniczych, mogą być uznane za pomocników ochotniczych również bez uczęszczania na kursy.

Placówki pomocnicze podlegają ogólnemu nadzorowi starosty powiatowego wzgl. miejskiego, który wystawia zaświadczenie o uznaniu za pomocnika ochotniczego. Konieczne postanowienia o organizacji i użyciu placówek pomocniczych administracji spraw zdrowotnych wydaje Wydział Spraw Zdrowotnych w Głównym Wydziale Spraw Wewnętrznych Rządu Generalnego Gubernatorstwa. Koszty organizacji i urządzenia placówek pomocniczych administracji spraw zdrowotnych będą ponosić gminy, które te placówki utworzą. Środek ciężkości placówek pomocniczych spoczywa na administracjach starostw powiatowych i miejskich, a tu znowu na lekarzach powiatowych i obwodowych, ponieważ chodzi tu o organizację ludności nieniemieckiej, rzecz oczywista z wyłączeniem żydów.

W tej organizacji, która będzie utworzona na podstawie rozporządzenia Generalnego Gubernatora z 6 września 1941, administracja spraw zdrowotnych otrzymuje aparat o wielkiej sile przebojowej, którego będzie można skutecznie użyć w razie wypadków nieszczęśliwych i katastrof żywiołowych.

Ale placówki pomocnicze administracji spraw zdrowotnych nie są pomyślane tylko dla wypadków nieszczęśliwych i katastrof żywiołowych, lecz również dla „ogólnego popierania administracji spraw zdrowotnych". Przy tym myślano w pierwszym rzędzie o zwalczaniu zaraz, wciąż jeszcze silnie panoszących się w Generalnym Gubernatorstwie. Lekarze urzędowi w swej walce przeciwko chorobom zakaźnym otrzymają jak najenergiczniejszą pomoc ze strony pomocników placówek pomocniczych. Jest to niemożliwe, aby np. lekarz powiatowy mógł znać wszystkie źródła zakażenia swego zakresu działalności. Wskutek zgłoszeń lekarzy dowiaduje się on tylko o przypadkach, w których chorzy poddają się leczeniu. Ale, jak uczy doświadczenie, często chorzy na jaglicę i gruźlicę pozostają bez opieki lekarskiej. W większości przypadków te ogniska zakażenia albo w ogóle nie dochodzą do wiadomości urzędu, albo dopiero dzieje się to tak późno, że rozszerzenie choroby zakaźnej może następować bez przeszkód. Dla skutecznego zwalczania i dla wytępienia wreszcie

choroby zakaźnej bezwarunkowo konieczne jest jak najszybsze ujęcie każdego przypadku zachorowania, aby przez to można podjąć niezbędne poczynania natychmiast przy wybuchu choroby zakaźnej. Teraz lekarz powiatowy będzie miał możliwość wykrywania źródeł zakażenia za pośrednictwem pomocników placówek pomocniczych administracji spraw zdrowotnych oraz ograniczania chorób zakaźnych do ich ogniska, ponieważ pomocnicy ochotniczy wskutek bliższej znajomości z mieszkańcami swojej miejscowości są w stanie składać kierownikom placówek pomocniczych, a przez to i lekarzowi urzędowemu, doniesienia o chorobach zakaźnych, leżące w interesie ludności.

Utworzenie placówek pomocniczych administracji spraw zdrowotnych przez władze niemieckie następuje w interesie ludności Generalnego Gubernatorstwa. Ludność ta odnosi pożytek z tej organizacji, gdyż jej życiu nadzwyczaj zagrażają choroby zakaźne, a przy pomocy poczynań na podstawie tego rozporządzenia można będzie odsunąć niebezpieczeństwa grożące mieniu i życiu poszczególnych osób.

Poparcie tej organizacji przez wszystkie działy zawodów leczniczych, poczynając od lekarzy w dół aż do położnych, sióstr szpitalnych i pielęgniarzy, jest kwestią honoru, co ma swe oparcie w etyce zawodu leczniczego. Dlatego też każdy członek zawodu leczniczego powita to zarządzenie administracji Generalnego Gubernatorstwa, gdyż przez to dano mu możliwość pomagania ludności więcej niż dotychczas. Członek zawodu leczniczego, który nie powita pełnym sercem utworzenia placówek ochotniczych i nie zgłosi się do ich rozporządzenia, z własnej winy straci prawo moralne do nazywania się członkiem zawodu leczniczego. W tym przypadku dałby on dowód, że zawodu swego nie pojął on jako powołania do utrzymania zdrowia ludności, ale uważa go jedynie za źródło przychodu. Dlatego wszyscy członkowie zawodów leczniczych zgłoszą się do dyspozycji placówek pomocniczych jako pomocnicy, jeżeli nastąpi ich wezwanie, a także będą starać się o to, aby inne osoby, nadające się jako pomocnicy, przyłączyli się do tej organizacji, utworzonej dla wspólnego dobra ludności. Tylko wówczas, jeżeli przepis ustawowy znajduje oddźwięk wśród ludności, może on przyjąć się i rzeczywiście przyjmie się w życiu. Do tego potrzeba, ażeby postanowienie stało się popularne, a więc doszło do wiadomości wszystkich kół ludności, co najdobitniej następuje przy pomocy propagandy ustnej, opartej na zaufaniu.

Utworzenie placówek pomocniczych w Generalnym Gubernatorstwie jest tak błogosławionym w skutkach poczynaniem administracyjnym, że w żadnym razie nie może ono doznać niepowodzenia. Pionierami w tym dziele są członkowie zawodów leczniczych, od których nietylko oczekuje się zwartego podjęcia pracy, lecz co jest rzeczą oczywistą w interesie ludności. Dlatego też już teraz członkowie zawodów leczniczych muszą rozpocząć propagandę za pozyskaniem pomocników placówek pomocniczych, aby po ogłoszeniu wytycznych dla placówek pomocniczych natychmiast można było zacząć ich tworzenie.

Wpływ rzeżączki kobiecej na zapłodnienie, ciążę, poród i połóg

Napisał: Docent Dr Józef Szymanowicz, Kraków.

Zamieszczony poniżej artykuł Doc. Dra Józefa Szymanowicza jest opracowanym przez autora skrótem wykładu, przeznaczonego do wygłoszenia na kursach dokształcających dla lekarzy, które nie doszły do skutku z przyczyn niezależnych od Izby Zdrowia. *Redakcja.*

Chcąc dać krótki obraz zagadnienia umieszczonego w tytule niniejszego artykułu, trzeba przede wszystkim rozgraniczyć kwestię rzeżączki (gonorhoea, wiewiór, tryper) nabytej przed ciążą od rzeżączki powstałej w czasie jej obecności.

Znaczenie trypra u kobiety, nabytego przed ciążą, polega w zasadzie na tym, że sprowadza bardzo często u niej niepłodność i to zwłaszcza wtedy, jeżeli przyszło do posunięcia się zakażenia poza pochwę, szyjkę i trzon macicy i wytworzyło się zapalenie jajowodów z zajęciem otrzewnej, a nawet i bez niej *(gonorhoea ascendens)*.

Ascenzja ta, to jest posunięcie się zakażenia poza szyjkę maciczną, nie zdarza się na szczęście zbyt często, a dzieje się to — według jednego z największych znawców tej sprawy Bumma, mniej więcej w 23% zakażenia tryprowego u kobiet, a tylko w 10% przychodzi do zapalenia i uszkodzenia jajowodów.

Trudno jest odpowiedzieć na pytanie, jak często rzeżączka kobieca sprowadza niepłodność. Statystyki z tej dziedziny różnią się od siebie dość znacznie, a wahają się między 30—40% przebytej rzeżączki wstępującej. Samo przez się jest zrozumiałe, że im wyżej w organach rodnych zakażenie się usadowiło, i im większe wywołało zmiany, tym większa jest procentowość niepłodności. Dość obojętna jest dla sprawy zapłodnienia gonorhoea ograniczona do przedsionka, pochwy samej, szyjki macicznej i cewki moczowej.

Jeżeli stadium ostrego zakażenia minęło, wydzielina ropna zmniejszyła się (czy to pod wpływem leczenia, czy też samoistnie), to nienaruszone plemniki męskie mogą swobodnie dostać się do wnętrza macicy i jajowodów, spowodować zapłodnienie jajka. Zapłodnione jajo wędruje w tych wypadkach swobodnie z powrotem przez jajowód i jeżeli nie napotyka na swej drodze żadnej przeszkody i rozwija się podczas tej wędrówki (około 10 dni) prawidłowo, to usadowienie się jego w zdrowej błonie śluzowej trzonu macicy odbywa się zwykle normalnie.

Ostry proces zapalny tryprowy błony śluzowej trzonu macicy ogranicza w bardzo wysokim stopniu, a nawet i wyklucza zastąpienie. Zapłodnione bowiem w jajowodzie jajko napotkać może na bardzo znaczne trudności usadowienia się (zaimplantowania) w chorej, obrzmiałej i produkującej patologiczną wydzielinę, błonie śluzowej trzonu macicy.

Kiedy tryper trzonu macicy zostanie podle-

czony i sprawa chorobowa przechodzi w okres podostry, warunki usadowienia się w błonie śluzowej jajka zapłodnionego stają się lepsze i ciąża może się prawidłowo rozwijać i być donoszoną. Trzeba tu jednak podnieść, że ciąża zaszczepiona na takiej chronicznie zmienionej błonie śluzowej ulega dość łatwo poronieniu (przerwaniu), zwłaszcza w jej początkowych miesiącach. Według nowszych badań, poronienie takie kilkakrotnie u kobiety z chronicznym tryprem błony śluzowej macicy zdarzające się *(abortus habitualis)* częściej przychodzi do skutku w związku z podleczonym lub nawet wyleczonym tryprem aniżeli przy kile (*lues, syphilis*). Niepłodność przy tryprze trzonu macicy polega raczej na niezdolności błony śluzowej do udzielania jaju odpowiedniego podłoża do jego rozwoju *(impotentia gestandi)*.

Jakkolwiek dwoinki trypra (gonokokki) wyjątkowo przedostają się poza granice błon śluzowych, to jednak — jak to udowodniły badania i obserwacje Bumma, Wartheima, Madlenera i in. — mogą one wnikać do mięśniówki, a nawet wytwarzać w niej ogniska ropne. Podobnie i podrażnienie otrzewnej w czasie ciąży może być spowodowane obecnością dwoinek w mięśniówce. Bóle skurczowe w macicy i w krzyżach dają się niekiedy we znaki kobiecie w czasie ciąży, jako następstwo przebytej rzeżączki trzonu macicy.

Zapalenia otrzewnej w miednicy małej na tle rzeżączkowym odzywają się niejednokrotnie w ciąży w postaci podrażnienia jej i uczucia ciążenia w dolnej części jamy brzusznej.

Przebyte zapalenie obu jajowodów i wytworzenie się w nich ropniaków *(pyosalpinx ambil.)* wyklucza w zasadzie możność zajścia w ciążę, sprowadzając t. zw. impotentia concipiendi. Opisywane są jednak przypadki — a i sam taki przypadek miałem możność obserwować i operować —, gdzie po przebytych obustronnych ropniakach jajowodów kobiety zastępowały, a nawet rodziły donoszone płody. Stać się to mogło tylko wyjątkowo wtedy, jeżeli jeden jajowód lub oba zostały wygojone, nie pozostawiając zamknięcia światła, lub też drożność ich została operacyjnie przywrócona, jak to było w moim przypadku.

Jeżeli rzeżączka została nabyta przez kobietę przed ciążą, to może się ona zupełnie w czasie ciąży nie ujawnić, nie dawać w przebiegu jej żadnych dolegliwości. W jamie macicy giną zwykle dwoinki tryprowe w czasie ciąży, a objawy w niższych częściach rodnych są podobne do objawów rzeżączkowych poza nią; często nawet zmniejszają się one wybitnie. Wyjątkowo przyjść może do zaostrzenia procesu chorobowego podobnego do świeżego zakażenia (infekcji), objawiającego się wzmożoną wydzieliną, obrzękiem, zaczerwienieniem i bolesnością. Przebieg tego „odnowionego“ zakażenia bywa czasami ostrzejszy niż poza ciążą, stoi to bowiem w związku z lepszymi warunkami obrzmiałej i przekrwionej błony śluzowej szyjki i pochwy, na której dwoinki trypra bujnie rosną i mnożą się.

W pochwie powstaje obraz zapalenia rozsianego *(kolpits disseminata)*, zapalenia guzkowego *(k. granulosa)*, lub plamkowego *(k. maculosa)*; stan ten chorobowy nie jest specyficznym dla rzeżączki w ciąży, jak to wykazał Bumm, a powstaje i poza ciążą bez zakażenia dwoinką tryprową, spotykany jednak w ciąży musi wzbudzić podejrzenia na zakażenie rzeżączkowe.

Podobnie jak poprzednia zmiana na błonie śluzowej pochwy, tak też i wybujałości na skórze warg sromowych, międzykrocza i około kiszki stolcowej t. zw. szyszkowiny wyniosłe *(condylomata accuminata)*, które nie są etiologicznie bezwzględnie zawisłe od obecności trypra, bujają w czasie ciąży bardzo znacznie, dochodząc niekiedy do rozmiarów dużych guzów. Jeżeli są spowodowane zakażeniem tryprowym, znajdują prawdopodobnie w wydzielinie ropnej podnietę do specjalnie silnego wzrostu.

Zapalenie rzeżączkowe pęcherza *(cystitis gnc.)* i miedniczek nerkowych *(pyelitis gnc.)*, jak również stosunkowo częste zajęcie gruczołów Bartholiniego przez gonokokki poza ciążą, nie dają odmiennych ani groźniejszych objawów w czasie jej trwania.

Przebieg porodu u kobiet dotkniętych chronicznym tryprem nie odbiega w przeważnej ilości przypadków od normy. Możliwe są jednak teoretycznie pewne powikłania przy odklejaniu się łożyska i błon tam, gdzie poprzednio był tryper błony śluzowej trzonu macicy. Praktycznie jednak sprawy te nie komplikują zwykle przebiegu porodu.

Ostra rzeżączka w ostatnich okresach ciąży może się odbić na przebiegu porodu, sprowadzając przedłużanie się i bolesność otwierania się szyjki, jako też bóle przy przerzynaniu się główki przez zajętą zapaleniem szparę sromową. Znaczne niebezpieczeństwo kryje w sobie wniknięcie ropy gonokokkowej do oka noworodka. Wywołać ono może bardzo ostre zapalenie spojówek z wszystkimi groźnymi następstwami dla oka. Dzisiaj jednak, po wprowadzeniu profilaktycznego, obowiązkowego zakraplania oczu 10%-owym protargolem lub 1%-owym azotanem srebra *(arg. nitricum Crédé)* niebezpieczeństwo to, grożące w dawnych czasach niejednokrotnie utratą wzroku, zostało zmniejszone do minimum.

Daleko częściej i groźniej niż w czasie ciąży i porodu sprowadza rzeżączka zaburzenia i powikłania w połogu. Dawniej, często nawet dość wysokie podniesienia ciepłoty, (w połogu) odnoszono do zakażeń rzeżączkowych. Obecnie wiemy, że przypuszczenie to było mocno przesadzone, że najwyżej 10% podniesienia temperatur (w zakładach leczniczych) w czasie połogu można kłaść na karb gonokokków, podczas gdy 90% wywołują bakterie ropne.

Przebieg połogu u kobiet zakażonych rzeżączką nie różni się właściwie od przebiegu połogu zdrowej i normalnej położnicy tak długo, jak długo dwoinki trypra nie przedostaną się poza granice błony śluzowej trzonu macicy. W pierwszych dniach połogu następuje zwykle wstąpienie trypra z szyjki i pochwy przez otwarte ujście szyjki macicznej do wnętrza trzonu, gdzie dwoinki rzeżączki znajdują doskonałą pożywkę (obecność krwi) do dalszego szybkiego mnożenia się. Około 4-go dnia jest już zakażone całe wnętrze macicy, objawiające się gęstą ropiastą wydzieliną, w której pod drobnowidem stwierdzić można czystą kulturę dwoinki gonokokkowej. Sprawa ta dotychczas nie daje zwykle prawie żadnych podmiotowych dolegliwości. Czasami lekka bolesność w okolicy macicy, zwijającej się gorzej nieco niż w normalnych warunkach, z nieznacznym podniesieniem ciepłoty, zwiastuje stan choro-

bowy, rozwijający się w jamie macicy *(Metroendemetritis puerperalis gonohr. acut.)*.

Położnica dotknięta tą chorobą wstaje z łóżka w tym samym prawie czasie co i zdrowa i może nawet o swoim cierpieniu nie wiedzieć, a tylko przedłużające się odchody ropne zdradzają obecność poważnej sprawy.

Zmienia się natomiast zasadniczo i gwałtownie obraz choroby, jeżeli rzeżączka przekroczyła granicę błony śluzowej macicy i dostała się do jajowodów. Dzieje się to zwykle na 8—10 dzień połogu. Wtedy to wśród wysokiej ciepłoty (38,5—40°) występują dołem brzucha kłujące bóle, a okolica przydatków macicznych staje się bolesna na ucisk. Ascenzja ta rzadko ogranicza się do błony śluzowej jajowodów, zwykle przechodzi na otrzewną miednicy małej z wszystkimi objawami związanymi z tym powikłaniem. Dreszcze, bolesność całej jamy brzusznej, wzdęcie, zaparcie stolca, nudności, a nawet wymioty towarzyszą rozprzestrzenianiu się sprawy chorobowej. Jakkolwiek objawy te ostro i groźnie się zaczynają i podobne są do zakażenia septycznego, to jednak obraz przedmiotowy, zwłaszcza ze strony systemu naczyniowego (wolniejsze i dobrze napięte tętno), przedstawia się lepiej niż przy ciężkim t. zw. zakażeniu połogowym (gronkowce lub ziarenkowce ropne).

Późne rozpoczęcie się sprawy chorobowej i ewentualne wykrycie dwoinek trypra w odchodach połogowych może się przyczynić do rozpoznania w przypadkach wątpliwych. Ciężki początek i stosunkowo dość groźne objawy w przebiegu choroby mijają zwykle szybko, gorączka się obniża (choć długi czas pozostać może stan podgorączkowy), tętno wraca do normy, a położnica podmiotowo czuje się zdrową. Jednak części rodne wewnętrzne, zwłaszcza jajowody, długo jeszcze, czasami lata całe, wykazują stan chorobowy w postaci obrzęków, guzów zapalnych z wysiękiem ropnym, a później surowiczym i wytwarzaniem zrostów bardzo przykrych dla kobiety — niekiedy przez całe życie. Przykrzejszą staje się choroba z tego powodu, że prawie nigdy nie ogranicza się do jednego napadu w czasie połogu, lecz później przy lada sposobności exacerbuje i powraca w pełnym, podobnym do wyżej opisanego, obrazie.

Oprócz tego, już we wczesnym połogu, przy rozprzestrzenieniu się rzeżączki w górnych częściach dróg rodnych kobiety powstać może ascenzja gonokokków później i wywołać podobny obraz chorobowy.

Jak z tego krótkiego szkicu widać, główne niebezpieczeństwo rzeżączki w połogu polega na wniknięciu dwoinek do górnych dróg rodnych, zwłaszcza jajowodów. Skazuje ono kobietę na długotrwałą nieuleczalną chorobę i zamyka jej drogę do powtórnej ciąży.

Z przeszłości chorób wenerycznych

Napisał Dr. Władysław Szumowski, Kraków.

(Ciąg dalszy)

W dziejach chorób wenerycznych osobny rozdział zajmuje epidemia kiły, która wybuchła w Europie z końcem XV wieku. Była to choroba w owym czasie nieznana, albo prawie nieznana; była bardzo zaraźliwa, występowała epidemicznie i miała przebieg ciężki, złośliwy.

Nader liczni współcześni autorowie, lekarze i kronikarze, z których wielu nawet osobiście przebywało tę chorobę, opisują zgodnie, że szerzyła się ona z osoby na osobę i dalej z rodziny na rodzinę, z wsi do wsi, z miasta do miasta. Zaczynała się najczęściej na częściach płciowych bądź mężczyzny, bądź niewiasty, przenosząc się z chorych na zdrowych podczas obcowania cielesnego. Objaw pierwotny występował pod postacią twardego, płaskiego guza (twardego szankra), który był na powierzchni często owrzodziały, nawet ropiejący, zresztą ściśle odgraniczony i bezbolesny. Niekiedy już wcześnie można było zauważyć zgrubienie w kształcie sznurka, idące od części rodnych wzdłuż naczyń limfatycznych do gruczołów w pachwinie.

Wkrótce potem, czasem już po kilku dniach, ukazywały się na ciele objawy wtórne, gwałtowna wysypka, podobna poniekąd do wysypki ospowej *(syphilis pustulosa)*. W ciągu kilku dni na całej powierzchni skóry było pełno wystających guzków i krost, z których wyciekała ropa niezmiernie cuchnąca; tworzyły się strupy i nowe wykwity, grube, nierówne, twarde, barwy zielono-czarnawej *(rupia syphilitica)*. Strupy i wykwity niekiedy wznosiły się ponad skórę i sterczały na niej, jak małe rożki. Wygląd takich chorych, zdaniem współczesnych, był bardziej odrażający, niż wygląd trędowatych. Po zdjęciu strupa pozostawały mniejsze lub większe owrzodzenia na skórze. U niektórych chorych tworzyły się twarde łuski w dużej ilości na dłoniach i podeszwach *(psoriasis syphilitica palmaris et plantaris)*. Na częściach rodnych niewiast ukazywały się kłykciny sączące *(condylomata humida)*, które już wtedy uchodziły za objaw przenoszący bardzo łatwo chorobę.

Do najbardziej dokuczliwych objawów okresu wtórnego należały bóle głowy i bóle w kościach *(dolores osteocopi)* i stawach, zwiększające się szczególnie w nocy tak, że chorzy wcale nie sypiali. Bezsenność taka mogła trwać tygodniami i miesiącami. Przygnębienie moralne i fizyczne, ociężałość, upadek sił, bladość twarzy, często gorączka nawet wysoka, uzupełniały obraz okresu wtórnego, wykazując schorzenie organizmu ogólne i ciężkie.

Po krótkiej remisji przychodził okres trzeci: tworzyły się w najrozmaitszych miejscach ciała guzy, kilaki *(gummata)*, okrągławe, mniejsze, większe. Wybór miejsca był dziełem przypadku. Powstawały one pod skórą, w mięśniach, kościach, gdzie wydrążały jamy, albo na okostnej, gdzie dawały początek zgrubieniom kości. Guzy te, z początku twarde, powoli miękły i rozpływały się, tworząc płyn biały, lepki jak guma, skąd nazwa *„gumma"* na oznaczenie guzów, używana już w owym czasie. W ten sposób rozpływało się ciało chorego, powstawały ubytki, owrzodzenia, potem blizny w różnych miejscach, często na podniebieniu lub na przegrodzie nosowej, czyniąc mowę nosową; nos się nieraz zapadał i sta-

wał się podobny do wgniecionej figi. Jeśli kilaków było dużo, w wielu miejscach ciało mogło rozpływać się jednocześnie, dając obraz strasznej choroby: całe ciało gniło za życia, szerząc fetor nie do opisania. Takich chorych nikt nie chciał leczyć, nikt nie chciał się do nich nawet zbliżać, tak byli ci chorzy ohydni i wstrętni; jeśli to byli żołnierze, zostawiano ich po prostu gdzieś na polu. Ten gwałtowny przebieg, kończący się zazwyczaj śmiercią, był obserwowany w wielu krajach przez wielu lekarzy w pierwszych dziesięcioleciach epidemii.

Na syfilis zapadali wszyscy bez różnicy stanu: bogaci, biedni, mieszczanie, szlachta, książęta, królowie, duchowieństwo. Niektórzy obliczają, że $^1/_{20}$ ówczesnej ludzkości przebyła syfilis. W tym czasie choroba szerzyła się nieraz także drogą poza-płciową (syfilis niewinnych — *syphilis insontium)* za pośrednictwem przedmiotów, pościeli, odzienia, wspólnych łyżek, kielichów, brzytew, pocałunków, mamek. Wtedy objaw pierwotny występował niekiedy na twarzy, na wargach ust, na piersi mamki. Najwięcej zapadali na syfilis żołnierze, jako ci, którzy przy wielu sposobnościach w miastach łatwo oddawali się rozpuście.

To też wszyscy autorowie współcześni bez wyjątku podają, że do niesłychanego rozprzestrzenienia się kiły w tym czasie najwięcej się przyczyniła wojenna wyprawa z roku 1494 i 1495 do Włoch króla francuskiego Karola VIII, który jako spadkobierca Andegawenów chciał się orężem upomnieć o królestwo Neapolu. Wojsko liczyło około 32.000 najemników, a za wojskiem ciągnęły jak zawsze liczne niewiasty, przeważnie nierządnice. Pochód Karola VIII, o ile mało obfitował w czyny wojenne, o tyle — według zgodnego świadectwa współczesnych — odznaczał się niesłychanym rozpasaniem zmysłowym.

Oto co o tym opowiadają naoczni świadkowie:

Zajmowanie coraz to nowych miast dawało pochop do coraz to nowej rozpusty. Ale największe orgie odbyły się dopiero w Neapolu, który był celem i kresem wojny. Wojsko Karola VIII wkroczyło doń triumfalnie ku wielkiej radości mieszkańców. Bogato postrojone kobiety przez okna uśmiechami i okrzykami witały żołnierzy. Przed domami stały nakryte stoły, pozastawiane winem, które niebawem dało pochop do pijatyki. Coraz to nowe napełniano kielichy, dzbanki i beczki, wino płynęło po ulicy, szał ogarnął wojsko francuskie. Za Bachusem poszła Wenus i tak w rozkoszach wojsko zakończyło dzień wkroczenia do Neapolu. W ten sam sposób jak dzień pierwszy spędziło wojsko francuskie dni 80. Wiele kobiet szukało schronienia w klasztorach, ale i tam nie były one pewne, gdyż żołnierze włamywali się do świętych przybytków i dopuszczali się gwałtów.

W r. 1495 Karol VIII odbył odwrotny pochód przez Włochy, aż wreszcie większa część jego wojska została rozpuszczona i rozeszła się na wszystkie strony Europy. Nieznana zaraza niebawem rozeszła się po całych Włoszech: współcześni opisują epidemię nowej choroby w latach 1495 i 1496 w Rzymie, Modenie, Parmie, Bolonii, Ferrarze, Genui, Wenecji, Weronie, Kremonie. W latach 1495 i 1496 wybucha zaraza we Francji, w r. 1495 jest już w Niemczech i w Polsce, w r. 1496 w Holandii, Grecji, Dalmacji i na Korfu, w r. 1497 w Anglii i Szkocji, w r. 1499 w Danii, w Rosji, na Węgrzech i w Turcji. Wszyscy godzili się na to, że to jest nieznana dotąd choroba. We Włoszech nazywano ją najczęściej „chorobą francuską“ *(morbus gallicus),* we Francji — „chorobą neapolitańską“. Według tego skąd choroba przyszła, nadawano jej zresztą różne nazwy: tak w Portugalii nazywano ją niekiedy chorobą kastylską, w Rosji: chorobą polską, w Persji — chorobą turecką. Ale najpospolitszą nazwą była nazwa „choroba francuska“.

Pomału w XVI wieku epidemia zaczęła słabnąć. Krosty *(pustulae)* stawały się rzadsze, bywało ich mniej, ich miejsce zajmowała wysypka różyczkowa *(roseola).* Bóle występowały znacznie słabiej. Wprawdzie inne objawy trwały, n. p. gumaty, których nawet bywało wyraźnie więcej, albo widziano nowe objawy, jak wypadanie włosów, które doprowadzało do zupełnego wyłysienia albo do zaniku zarostu na twarzy, ale wogóle epidemia tak dalece zaczynała słabnąć, że wielu autorów w pierwszej połowie XVI wieku zapowiadało rychłe zupełne jej wygaśnięcie.

Przygasanie epidemii mogło być następstwem różnych czynników: mógł stracić na złośliwości t. zw. *genius epidemiae,* jak to w historii bywało nieraz z różnymi epidemiami; mogły się przyczynić do opanowania zarazy metody policyjno-sanitarne, stosowane względem prostytutek, które już wtedy uchodziły za czynnik przenoszenia choroby najbardziej niebezpieczny; wreszcie kiła była energicznie leczona zwłaszcza rtęcią, której stosowanie u chorych było znane prawie od samego początku epidemii.

Pytanie, skąd się wzięła ta nowa, straszna, dotąd nieznana i nieopisywana choroba? U współczesnych nie brakło niedorzecznych teoryj, wśród których długi czas pierwsze miejsce zajmowały domysły astrologiczne. Były one wysuwane i najwięcej bronione przez tych, którzy woleli swą rozpustę pozostawić w ukryciu. Niektórzy w obliczu niezwykłej choroby skórnej myśleli, że to jest jakaś odmiana trądu. Istotnie niektóre objawy kiły przypominały trąd: tu i tam występowały liczne zmiany na skórze, tu i tam nos się zapadał, członki odpadały, włosy wypadały. Ale te głosy przypuszczające, że trąd i syfilis to jest jedna i ta sama choroba, były nieliczne, gdyż uważna obserwacja obu chorób wykazywała ogromne różnice. Trąd zaczynał się nieznacznie, po cichu, i nikt nigdy nie wiedział, gdzie był początek choroby. Natomiast kiła dawała zmianę pierwotną wyraźną, odrazu nieraz wystarczającą do rozpoznania choroby; po niej przychodziły objawy wtórne, nieraz również typowe i gwałtowne, jak owe nocne bóle w kościach. Praktycy ówcześni już wtedy przywiązywali wielką wagę diagnostyczną do niektórych objawów, jak układ wkrąg (układ orbikularny) wysypki, wygląd guzków wystających i twardych, „brzydkiego“ — jak wtedy mówiono — koloru, ich umiejscowienie na głowie, albo na granicy uwłosionej części głowy; widzieli znamienne kłykciny sączące w kątach warg, szczególnie u dzieci; znali zgrubienia i szczeliny na dłoniach i podeszwach. Słowem głosy, że syfilis ma coś wspólnego z trądem, były nieliczne i niebawem przycichły zupełnie. Dawali temu dosadny wyraz sami trędowaci, którzy w wielu miejscach bardzo stanowczo opierali się wpuszczaniu syfilityków do leprozoriów.

Bardzo wcześnie, bo już w ostatnich latach XV wieku, wielu autorów twierdziło, że nową chorobę przywiozła na okrętach załoga Kolumba z odkrytej świeżo Ameryki, gdzie choroba ta była znana wśród

tubylców od dawien dawna. Zwłaszcza lekarze hiszpańscy z końca XV wieku, którzy byli świadkami przybycia Kolumba do Barcelony dnia 15 marca 1493 r. podawali stanowczo, że nowa choroba ma pochodzenie amerykańskie.

Jednym z takich świadków był lekarz Diaz de Isla, urodzony w r. 1462, zatem mający w roku odkrycia Ameryki lat 30, praktykujący w tym czasie w Barcelonie. Diaz de Isla napisał po hiszpańsku książkę pod nagłówkiem: „Rozprawa przeciwko gryzącej chorobie, która przyszła z wyspy Hispanioli“ (Hispaniola — dzisiaj Haiti; przy tej wyspie pierwsza wyprawa Kolumba najdłużej się zatrzymała).

Świadectwo współczesnych autorów hiszpańskich, a jest ich wielu, ma tak duże znaczenie, iż możnaby sądzić, że zagadnienie całe jest ostateczne i nieodwołalnie rozwiązane. Jednakże tak nie jest. Przeciwnie, mało jest w nauce tematów, które by były tak sprzeczne i tak gorąco, prawie namiętnie, rozwiązywane, jak właśnie ten spór o pochodzeniu syfilisu.

Teza, że kiła przybyła z Ameryki, teza „amerykanistów“ jest reprezentowana we Francji przez Jeanselme'a, w Niemczech przez Blocha i Notthaffta. Dowodzą oni, że w Ameryce kiła szerzyła się od niepamiętnych czasów i że w Europie przed odkryciem Ameryki tej choroby nigdy nie było. Pierwszy dowód istotnie da się przeprowadzić, gdyż nawet w mitologii Indian amerykańskich mamy szczegóły, wykazujące dawność tej choroby. Gorzej jest jednak z drugim dowodem, t. j. z twierdzeniem, że stary świat tej choroby nigdy nie znał.

Istnieje druga teza „antyamerykanistów“ z uczonymi niemieckimi Sudhoffem i Stickerem na czele, którzy twierdzą, że kiła istniała i w starej Europie, lecz dopiero w ostatnich latach XV wieku zaczęła się szerzyć gwałtownie, epidemicznie. Sądzą oni, że zmieniła się wtedy jadowitość zarazka, powstał złośliwy *genius epidemiae*. Autorowie ci bagatelizują opowiadania pisarzy z okresu panowania epidemii. Wtedy bowiem cały świat uczony był nastawiony na wciąż się powtarzającą „nowość“ różnych rzeczy: nowe lądy, nowe kraje, nieznane dotąd zwierzęta, rośliny, nowe układy gwiazd (po przekroczeniu równika), nowe pisma starych autorów, nowe idee. W czasie panowania epidemii kiły miała ukazać się także „nowa“ epidemia dyfterii, „nowa“ epidemia tyfusu. W ten sposób powstał pogląd, że syfilis jest chorobą nową. W rzeczywistości jest jednak równie dawną, jak i trąd. Teza amerykanistów była już w XVI wieku wygodna dla sprzedawców drzewa gwajakowego, które u Indian amerykańskich uchodziło za specyfik w kile, a które z początkiem wieku XVI zaczęto sprowadzać do Europy.

Mówiliśmy wyżej, że ani u starożytnych, ani u średniowiecznych autorów nie ma opisów dokładnych tej choroby, podobnych do opisów XVI wieku, ale to pochodzi stąd, że wogóle dokładność opisów dawnych autorów pozostawia bardzo wiele do życzenia. Zresztą pojęcie *lepra* w wiekach średnich było pojęciem zbiorowym, lecz z wieloma chorobami obejmowało także kiłę. Mówiliśmy, że już wtedy odróżniano trąd uleczalny od trądu nieuleczalnego, albo trąd rzekomy *(lepra spuria)* od trądu prawdziwego. Trąd uleczalny i trąd rzekomy to właśnie kiła, która była nieraz leczona z powodzeniem rtęcią.

Wielu autorów badało kości ludów starego świata i wielokrotnie tutaj sygnalizowano odkrycia, które wykazywały zupełnie pewne rzekomo dowody zmian syfilitycznych na kościach. Ale na podstawie zmian na kościach trudno jest powiedzieć coś zupełnie pewnego. Williams twierdzi, że zna zmiany syfilityczne *(aortitis syphilitica)* u mumii egipskiej z czasów 18-ej dynastii t. j. z czasów około 1000 lat przed Chr.

Niedawno Walter w Krakowie podczas odnawiania sławnego ołtarza Wita Stwosza w kościele Mariackim, arcydzieła rzeźby z lat 1477—1489, zauważył, że niektóre postacie w tłumie, naigrawającym się z Chrystusa, mają zewnętrzne znamiona kiły wrodzonej: nos zapadnięty i zadarty (nos lornetkowy), zupełne wyłysienie oraz swoiste zniekształcenie czaszki, która jest kwadratowa. Zdaniem Waltera wygląd ten, zwłaszcza jednej postaci, jest prawie patognomoniczny dla syfilisu. Ponieważ Wit Stwosz doskonale chwytał i realistycznie uwydatniał różne zmiany patologiczne u osób, jakie przedstawiał, wnosić trzeba, że taka postać istniała jako model w Krakowie na kilkanaście lat przed okryciem Ameryki, skąd byłby dowód oczywisty — o ile hipoteza Waltera byłaby słuszną — na poparcie tezy antyamerykanistów.

Rozpatrując krytycznie wszystkie dowody za i przeciw amerykańskiemu pochodzeniu syfilisu, dochodzimy do przekonania, że nic bezwzględnie pewnego w tej materii powiedzieć nie można. Początek epidemii w Barcelonie 15 marca 1493 r. wydaje się rzeczą wielce prawdopodobną, może nawet ustaloną. Skąd by bowiem wzięli autorowie hiszpańscy, a później i inni, swoje dokładne, krok za krokiem idące opisy epidemii, opisy u wielu autorów w szczegółach zgodne? Być może jednak, teza amerykanistów i teza antyamerykanistów nie są tak biegunowo przeciwne i może nie wykluczają się nawzajem, jakby to na pierwszy rzut oka mogło się wydawać. Wszak n. p. w r. 1918 wybuchła w Hiszpanii złośliwa grypa, która obiegła całą Europę pod nazwą „hiszpanki“, pociągając za sobą dużo ofiar, liczne przypadki śmiertelne i dużo ciężkich powikłań. Pochód hiszpanki zaznaczał się wyraźnie: przenosiła się ona z miasta do miasta, z kraju do kraju. Czy jednak przyszłoby komu do głowy twierdzić, że w tym samym czasie, gdy panowała hiszpanka, w Europie nie było nigdzie także zwykłej grypy, nie-hiszpanki? Napewno była również, występując tu i ówdzie, jak zawsze, sporadycznie lub małymi ogniskami. Wszak coś podobnego mogło być i z kiłą, która istniała może i w starej Europie od dawna pod jakąś łagodną, bliżej nieznaną postacią, a od r. 1493 zaczęła się szerzyć gwałtownie, jako nowy złośliwy szczep amerykański.

(Dokończenie nast.)

Druk: Z. K. W. Kraków, Universitätsstraße 19a